

Aufnahmeformular

Aufnahme am:		
KZP	KZP → Stat.	Stationär

Bewohnerinformationen:

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Familienstand:
Straße:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Konfession:	

Ehepartner:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	

Angaben zum Hausarzt:

Name d. Hausarztes:		
Straße:	PLZ/Ort:	
Telefon:	Fax:	
Besteht derzeit ein Hausarztmodell?	Ja	Nein
Wird die Versorgung vom bisherigen Hausarzt weiter gewährleistet?	Ja	Nein
Wenn nein, Hausarztwechsel zu:	Datum:	

Angaben zur Pflegeversicherung:

Pflegekasse:					
Straße:		PLZ/Ort:			
Telefon:		Vers.-Nr.:			
PG vorhanden:	Ja	Nein	PG beantragt am:		
Pflegegrad:	1	2	3	4	5

War der Bewohner bereits in stationärer Pflege?	Ja	Nein
Wenn ja, wie viel Monate?	Monate	

Angehörige/Kontaktperson:

Person 1:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobil:
Verwandtschaftsverhältnis:	

Person 2:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobil:
Verwandtschaftsverhältnis:	

Person 3:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobil:
Verwandtschaftsverhältnis:	

Person 4:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobil:
Verwandtschaftsverhältnis:	

Angaben zur Vollmacht / Patientenverfügung:

Generalvollmacht vorhanden?			Ja	Nein
Wenn ja, wer ist bevollmächtigt?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4

Vorsorgevollmacht vorhanden?			Ja	Nein
Wenn ja, wer ist bevollmächtigt?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4

Betreuungsvollmacht vorhanden?			Ja	Nein
Wenn ja, wer ist bevollmächtigt?	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4

Patientenverfügung vorhanden?			Ja	Nein
-------------------------------	--	--	----	------

Angaben zur Rechnungsstellung:

Rechnungsempfänger:	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Anderer Rechnungsempfänger:				
Name:	Vorname:			
Straße:	PLZ/Ort:			
Wurde bereits oder muss ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden?			Ja	Nein

Ort, Datum

Unterschrift